



ગોહિલવાડ સંઘ

REGD. NO. MH 222-1983 G.B.B.S.D.

શ્રી મૂળજીભાઈ ગોપાળજીભાઈ મહેતા પરિવાર (વિરાર) પ્રેરિત બોરીવલી કાર્યાલય
બોરીવલી કાર્યાલય & 10, સુભાષ રોડ, વાઘવેલ, મુલશિવડા (MCF) ડી. ઈ. સી. - 400092
ફોન (૦૨) 230894 E-mail : sgds1983@gmail.com / Website : www.gohilwadsangh.org

કે.ટી. પરિવાર (વસઈ) પ્રેરિત કે.ટી. વાડી
વસઈ કાર્યાલય : મી. ઓ. ઈ. સી. રોડ, વાઘવેલ, મુલશિવડા (MCF) ડી. ઈ. સી. - 400092 ફોન (૦૨) 2331928

સંચાલીત

**માતૃશ્રી કુંદનબેન નટવરલાલ મહેતા તથા
શ્રી. નટવરલાલ કેશવલાલ મહેતા-પરિવાર પ્રેરીત**

ફોર્મ નં.

નેત્ર-ચિકિત્સા રાહત યોજના અરજી પત્રક

તારીખ _____

સભાસદનું પુરૂં નામ : _____ સભાસદ નંબર : _____

દર્દીનું પુરૂં નામ : _____ સભાસદ સાથે સંબંધ : _____

ઘરનું સરનામું : _____

ઘરનો ટેલીફોન નંબર : _____ મોબાઈલ નંબર : _____

બિમારીનો પ્રકાર : _____ સારવાર લીધેલ તારીખ : _____

સારવાર આપતા ડૉક્ટર તથા હોસ્પિટલનું નામ : _____

સારવાર માટે થયેલ ખર્ચની સંપૂર્ણ વિગત : _____
(ટેસ્ટ રીપોર્ટ તથા રસીદની ઝેરોક્ષ સાથે લગાડવી)

સભાસદના સભ્યોની માસિક આવક : _____ સભાસદના સભ્યોની સંખ્યા : _____

અન્ય સંસ્થાઓમાંથી મળતી / મેળવેલી _____
સહાયની વિગત અને સંસ્થાનું નામ : _____

હું ખાત્રી આપું છું કે રજુ કરેલ ટેસ્ટ રીપોર્ટ / રસીદ / ખર્ચની રકમ દર્દીની સારવાર માટે જ વપરાયેલ છે.

_____ સહી / સભાસદની સહી

સેવાસંઘના ટ્રસ્ટી / કારોબારી સમિતિના સભ્યો અથવા સમાજની કોઈપણ એક પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિની ભલામણ.
હું અરજદારને ઓળખું છું અને ઉપર જણાવેલ વિગતો મારી જાણ પ્રમાણે બરાબર છે.

ભલામણ કરનાર વ્યક્તિનું પુરૂં નામ / ફોન નંબર _____

_____ સહી

ઓફિસના ઉપયોગ માટે

અરજી મળ્યાની તારીખ _____ મંજૂર કરેલ નેત્ર ચિકિત્સા રાહતની રકમ રૂ. _____

નેત્ર ચિકિત્સા રાહત લેનારની સહી _____

_____ કન્વીનર / માનદ્ મંત્રીઓ
સહી

(પાછળ જુઓ)

નેત્ર ચિકિત્સા રાહત યોજના માટેના નિયમો

- ૧) અરજી પત્રક ગુજરાતીમાં કે ઇંગ્લીશમાં વ્યવસ્થિત રીતે ભરાયેલું હોવું જરૂરી છે. તદ્ઉપરાંત ચિકિત્સાના જરૂરી કોપીઓ/કાગળો પૂર્ણ હશે તો જ નેત્ર ચિકિત્સા રાહત યોજનાનું ફોર્મ સ્વીકારવામાં આવશે અને મંજૂરી માટે સમિતી સમક્ષ મુકવામાં આવશે.
- ૨) આ યોજનાનો લાભ સભાસદ કે તેના કુટુંબના સભ્યોને જ આપવામાં આવશે.
- ૩) આ યોજનાનો લાભ જે સભ્યના કુટુંબની કુલ માસિક આવક રૂ. ૫,૦૦૦/- અથવા તેનાથી ઓછી હશે તેનેજ આપવામાં આવશે. (સાથે આવકનું પ્રમાણ પત્ર જોડવું જરૂરી રહેશે)
- ૪) આ યોજનામાં **હિસાબી વર્ષ (૧ એપ્રિલ થી ૩૧ માર્ચ)** દરમિયાન લીધેલી સારવારની અરજી ઉપરજ વિચાર કરવામાં આવશે. લીધેલ સારવાર બાદ ત્રણ મહિનાની અંદર જ નેત્ર રાહત અરજી કરવાની રહેશે.
- ૫) આ યોજનામાં દર્દીને નેત્ર ચિકિત્સા રાહત, સેવાસંઘના કોર્પસ ફંડના વ્યાજની આવકની મર્યાદામાં રહીને જ આપવામાં આવશે.
- ૬) આ યોજનાનો લાભ લેનાર સભ્યએ પોતાના દરેક જાતનાં ટેસ્ટની Payment રસીદ, ઈ.સી.જી., કાર્ડીયોગ્રામ, એક્સરે, એમ.આર.આઈ વગેરે દરેકની ઝેરોક્ષ કોપી સેવાસંઘને આપવી પડશે.
- ૭) અરજી કરનાર સભ્યે અન્ય સંસ્થાઓમાંથી મળેલ રાહતની સંપૂર્ણ વિગતો જણાવવી જરૂરી છે.
- ૮) અરજી પત્રકમાં સેવાસંઘના ટ્રસ્ટી, કારોબારી સમિતિનાં કોઈપણ એક સભ્યની અથવા સમાજની કોઈપણ એક પ્રતિષ્ઠિત વ્યક્તિની ભલામણ લાવવી જરૂરી છે.
- ૯) નેત્ર રાહત યોજનાની સમિતિનો નિર્ણય આખરી ગણાશે અને તે અરજદારને સ્વીકાર્ય રહેશે.
- ૧૦) સેવાસંઘે આપેલ આઈ કાર્ડની ઝેરોક્ષ કોપી જોડવી જરૂરી છે.

લી. માનદ્ મંત્રીઓ

શ્રી ગોહિલવાડ દશાશ્રીમાળી સેવાસંઘ, બોરીવલી